Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok III. Wrzesień 1931 Nr 9.

Pielęgniarka Polska Nr 9	L'Infirmière Polonaise Nr 9
TREŚĆ:	SOMMAIRE:
Dr. C. Wroczyński: Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Wiedniu	*Dr. C. Wroczyński:* Rapport du Congrès International des Hôpitaux à Vienne
H. Chrzanowska: Niepotrzebna książka	*Melle H. Chrzanowska*: Un livre inutile
Przegląd pism — Kronika — Różne	Revues — Chronique — Divers

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.
Pojedyńczy numer 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara
We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

OD ADMINISTRACJI!

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów**, podając „dotychczasowy . . . . obecny . . . . . .“

Rok III. Wrzesień 1931 Nr. 9.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYDAWANE Z ZASIŁKIEM MINISTERSTWA PRACY I OPIEKI SPOŁECZNEJ

WYCHODZI CO MIESIĄC POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ

Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Wiedniu w czerwcu 1931 r.*)

Szpitalnictwo stało się przedmiotem studjów międzynarodowych. Już przed dwoma laty, z inicjatywy Dra Réné Sand (Paryż), Dra Corwina Lewińskiego (Nowy Jork), Prof. Tandlera (Wiedeń) i Dra Altera (Düsseldorf), zwołano pierwszy międzynarodowy kongres szpitalnictwa w r. 1929, w Atlantic City (Stany Zjednoczone Ameryki Północnej). Zgodnie z uchwałą pierwszego zjazdu, w roku 1931 Kongres odbył się pomiędzy 8 a 14 czerwca, w Wiedniu. Stu kilkudziesięciu przedstawicieli 32 państw wzięło udział w pierwszym kongresie. Na drugi przybyło do Wiednia przeszło 500 uczestników z 38 państw. Zwołany *ad hoc* komitet wykonawczy kongresów przekształcił się obecnie w Wiedniu na Międzynarodowe Towarzystwo Szpitalnictwa, jednoczące narodowe towarzystwa szpitalnictwa zainteresowanych krajów. Pierwszym prezesem obwołano Dra René Sand z Paryża. Wiceprezesem został znany działacz na polu opieki społecznej i zdrowia publicznego, przytem wybitny anatom, prof. Tandler z Wiednia. Sekretarjat objęli: Dr Corwin Lewiński i Dr Alter. Przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa: Prezes, Profesor Dr Władysław Szenajch, naczelny lekarz szpitala im. Karola i Marji, oraz Dr Tadeusz Mogilnicki, naczelny lekarz szpitala dziecięcego im. Anny Marji w Łodzi, weszli do Rady Międzynarodowego Towarzystwa. Prof. Szenajch został ponadto przewodniczącym jednej z dziesięciu komisyj Rady, mianowicie do studjów nad zagadnieniem personelu zakładów leczniczych.

*) Część powyższego sprawozdania została wydrukowana w „Medycynie".

Kongres Wiedeński trwał cały tydzień. Obrady toczyły się codziennie od 9-tej do 1-szej popoł. Popołudnia przeznaczone zostały na zwiedzanie zakładów leczniczych i instytucyj lekarskich, oraz zabytków historycznych Wiednia. Pierwszy dzień poświęcono całkowicie uroczystości otwarcia Zjazdu. Pozostało więc do dyspozycji 20 godzin obrad (5 dni po 4 godziny). Na każdy z 10-ciu tematów przypadły 2 godziny. Referaty zostały zgóry wydrukowane w specjalnym numerze czasopisma, poświęconego szpitalnictwu, „Nosokomeion", założonego zaraz po pierwszym zjeździe w Atlantic City. Niestety, druk rozdano dopiero przy otwarciu obrad i brak czasu uniemożliwił zapoznanie się z tym bardzo ciekawym i obszernym materjałem. Prelegenci nie wygłaszali referatów: ograniczali się do 15-to minutowych streszczeń i wniosków. Głos w dyskusji można było zabierać, zgłaszając się na dzień przedtem do prezydjum. Czas przemówień dyskusyjnych ograniczono do 5-ciu minut. Przewodniczył obradom Dr René Sand. Znając świetnie teren międzynarodowy z tytułu swej pracy w Lidze Towarzystw Czerwonego Krzyża w Paryżu oraz czynnego udziału w organizacji, przed trzema laty, znanego Zjazdu Opieki Społecznej w Paryżu (*assistance sociale*), Dr Sand wywiązał się znakomicie ze swego zadania, władając biegle językiem francuskim, niemieckim i angielskim i mogąc bez przygotowania, na podstawie dorywczych notatek, tłumaczyć wszystkie przemówienia na te trzy języki, z niezmierną ścisłością i wiernem oddaniem myśli przemawiającego. Autor ciekawego dzieła o higjenie pracy i służbie zdrowia w Belgji oraz, ostatnio, o służbie społecznej na kuli ziemskiej, Dr René Sand zwiedził prawie wszystkie kraje kulturalne świata i orjentuje się w tych zagadnieniach doskonale.

Korzyści i wrażenia Zjazdu można rozpatrywać z wielu punktów widzenia. Samo miejsce Zjazdu, piękny Wiedeń, posiadający na wiosnę mnóstwo kwiatów i zieleni, starą kulturę, humor pomimo ciężkiego kryzysu, uprzejmość i setki atrakcyj — pociąga każdego przybysza. Lekarza interesują niezmiernie wielkie dorobki na polu opieki społecznej i zdrowia publicznego; opieka nad dzieckiem, ujęta w ramy ścisłego programu zrealizowanego na wielką skalę, nie ma, prawdopodobnie, swego odpowiednika na kuli ziemskiej. Szpitalnictwo przedstawia cały szereg nowych instytucyj: pawilon gruźliczy w szpitalu na Leinz, oddział położniczy u Brygitek, nowe kliniki i t. p. dawały znawcom przedmiotu duże pole do studjów. Dla lekarza higjenisty baseny dziecięce na otwartem powietrzu, kąpieliska publiczne, domy robotnicze, walka z gruźlicą i instytucje stworzone w tym celu sprawiały trudność przy wyborze, by wszystko zdążyć zobaczyć.

Z punktu widzenia samego dorobku naukowego Kongresu, należy stwierdzić obfitość źródłowo opracowanego materjału, zawartego w dziesięciu referatach wybitnych znawców przedmiotu. Poszczególne państwa rozdały druki, obrazujące stan szpitalnictwa, zdjęcia i plany nowych szpitali. Polska wystąpiła z piękną, dużego formatu broszurą, wydaną nakładem Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa przy poparciu Departamentu Służby Zdrowia, zawierającą zdjęcia i ogólną statystykę naszych zakładów leczniczych. Całość robi dodatnie wrażenie i posiada duże znaczenie propagandowe, za co należą się wyrazy uznania prezydjum Towarzystwa i jego energicznemu sekretarzowi, inżynierowi Borawskiemu.

Referaty wygłoszone wymagają specjalnych dłuższych studjów. Poruszyły one wiele zagadnień lekarskich, administracyjnych, budowlanych i społecznych, z zakresu zakładów leczniczych.

Do rzędu tematów lekarskich należały:

1) Terminologja szpitalna i określenia szpitalne — Dra Wirtha z Frankfurtu. 2) Odżywianie chorych w wielkich powszechnych szpitalach — Profesora Noordena z Wiednia. 3) Stanowisko neurologji i psychjatrji w szpitalu powszechnym — Dra Altera z Düsseldorfu. 4) Stanowisko ambulatorjów w stosunku do szpitali — Dra Corwina Lewińskiego z Nowego Jorku.

Jako tematy administracyjne, wysunięto:

1) Koszta budowy szpitali — inż. Distela z Hamburga, z koreferatami: Dra Elcocka z Londynu, Stevensa z Bostonu i Freya z Berna szwajcarskiego. 2) Podstawy prawne szpitalnictwa — Harpera z Wolverhampton. 3) Koszty dnia leczenia w szpitalu — Dra Gouachon z Lyonu.

Temat pielęgniarski:

1) Uwagi co do stosunku liczby pielęgniarek do liczby pacjentów w szpitalnictwie — Miss Reimann, sekretarka Międzynarodowej Rady pielęgniarstwa w Genewie.

Tematy społeczne:

1) Pomocnicze organizacje szpitalne — Dr Wortman z Hilversum (Danja). 2) Wpływ Kas Chorych na praktykę szpitalną — T. B. Layton z Londynu.

Nie wchodząc w szczegóły każdego referatu, opartego na wyczerpującej bibljografji i osobistem długoletniem doświadczeniu autorów, podkreślam tylko zasadnicze charakterystyczne rysy, dobitnie malujące nowoczesne prądy naukowe w dziedzinie szpitalnictwa. Są one bezwątpienia wyrazem rozwoju nauk społecznych i znaczenia każdej instytucji leczniczej dla środowiska, wymagającego spełniania nowych zadań i zaspokajania nowych potrzeb.

I. Dr Wortman z Hilversum, mówiąc o pomocniczej służbie szpitalnej, wyraża przekonanie, że „z technicznej i higjenicznej instytucji, wyłącznie dla fizyko-lekarskiej nauki, przyszły szpital stać się musi instytucją, odpowiadającą również potrzebom psychicznym i społecznym". Rozwój szpitala musi iść w parze z postępem dnia dzisiejszego. Stąd konieczność tworzenia oddziałów dla psychoterapji i socjoterapji. Szpital wszak nietylko leczy: zastępuje na pewien czas środowisko domowe. Metody techniczne eksploatacji szpitali nadały ich organizacji piętno przemysłowe. Z tej drogi trzeba zawrócić. Idąc śladami Florence Nightingale, która, tworząc nowoczesne pielęgniarstwo, zbudziła szpitale z letargu średniowiecza, musimy zająć się w szpitalu nietylko lecznictwem chorych, lecz ich potrzebami psychicznemi i społecznemi. Stąd potrzeba całej serji pomocniczych świadczeń dla chorych w dziedzinach 1) pociechy religijnej, 2) sztuki i literatury, 3) pracy dla chorych w szpitalu, 4) nauczania początkowego i zawodowego, 5) sportów i gier, 6) służby społecznej. Dr Alter stwierdza, że celem tej służby jest opieka nad chorym przed przyjęciem do szpitala, w czasie pobytu i po wypisaniu (*Vorsorge*, *Fürsorge*, *Nachsorge*). Szpital jest więc instytucją spojoną silnie z chorym i z jego środowiskiem domowem, przy pomocy całego szeregu instytucyj i organizacyj pomocniczych. Człowiek jest całością, odrębną, zupełnie oddzielną

jednostką, posiadającą swe własne formy, zjawiska, reakcje zupełnie swoiste. Nie choroby, ale chory, — nie przypadki, ale ludzie, — nie ogólne stworzenia, lecz swoiste indywidualności: takie są dzisiejsze hasła.

II. Profesor Dr Noorden z Wiednia mówił obszernie o dietetyce w szpitalach. Dawne klasyczne trzy postaci diet: zwykła, dla słabszych i płynna, nie odpowiadają już obecnym potrzebom. Pomnażanie liczby diet do 13, tak jak to czyni Frankfurt, nie rozwiązuje również zagadnienia. Konieczna jest duża indywidualizacja odżywiania chorych. Tą drogą osiągamy wiele, nietylko we wszystkich działach medycyny wewnętrznej, lecz nawet w chirurgji, dermatologji i ginekologji. Podstawą rozwoju kuchni dietetycznych w szpitalach stały się małe kuchenki oddziałowe (*Teeküchen*), w których siostry, na zlecenie lekarza, przyrządzały dla chorych specjalne potrawy. Lecz zapotrzebowanie szybko rosło. Powstała konieczność utworzenia specjalnych kuchni dietetycznych, wydzielonych z ogólnych kuchni i prowadzonych przez wyszkolone pielęgniarki, pod bezpośrednim dozorem lekarza ordynującego. Kuchnia dietetyczna nie wykonuje recept, lecz układa dietę według przepisu lekarza (n. p. dieta dla diabetyków, dieta uboga w białko, w sól i t. d.) Noorden ostrzega przed wyolbrzymianiem sprawy witamin. Tylko bezpośrednia współpraca pielęgniarki - dietetyczki z lekarzem przy łóżku chorego daje wyniki. Noorden radzi szkolenie pielęgniarek - dietetyczek po trzechletniej pracy klinicznej, albo dietetyczek asystentek z rocznym kursem administracji domowej i ze średniem wykształceniem. Wyszkolenie praktyczne odbywa się w kuchni przy sporządzaniu potraw. Kuchnia dietetyczna nie jest kosztowna. Zorganizowana przez Noordena w szpitalu w Leinz jest tańsza, niż zwykła kuchnia. Wyszkolenie teoretyczne wymaga pewnej znajomości chemji, fizjologji trawienia, umiejętności obliczania zawartości białka, cukru, tłuszczu i t. p., według specjalnych tablic.

III. Architekt Distel z Hamburga, przewodniczący międzynarodowej komisji do obliczania kosztów budowy szpitali, przedstawił obszerną pracę zbiorową, dotyczącą tego ważnego zagadnienia. Już obecnie nie buduje się w szpitalach sal większych ponad 6 łóżek. Liczba separatek zwiększa się stale. Szpital przyszłości, to szpital o pojedyńczych pokojach. Sprawa światła i powietrza (wentylacji) jest zupełnie zasadnicza. Ubikacje szpitalne powinny być malowane na biało lub na jasno. Badania stwierdziły, że przy dobrem oświetleniu liczba bakteryj w powietrzu jest znacznie mniejsza.

Jako jednostka obliczeniowa służy jedno łóżko szpitalne. Konieczne są tu dwie wielkości: kwadratura użytkowej powierzchni zabudowanej i kubatura przestrzeni dla każdego łóżka. Budownictwo szpitalne jest specjalną gałęzią budownictwa i wymaga specjalnych wiadomości. Współpraca architektów i lekarzy jest konieczna. Pożądanem byłoby utworzenie międzynarodowego instytutu do obliczania norm szpitalnych budowlanych. Najmniejszą jednostką szpitalną winien być, według Baumgartena, szpital na 50 łóżek.

IV. Dr Layton z Londynu mówił o wpływie ubezpieczeń społecznych na rozwój szpitalnictwa. W Anglji ubezpieczenia pozostały bez wpływu na szpitale. System angielski jest całkowicie różny od niemieckiego i wogóle europejskiego. Dało się jednak zauważyć

zwiększenie liczby pacjentów na oddziałach specjalnych i wcześniejsze wysyłanie do szpitali przez lekarzy praktyków chorych na ostre choroby zakaźne. Na przyszłość przewidywać należy rozwój pomocy diagnostycznych, terapji specjalnej, gdyby ubezpieczenie rozciągnięto na rodziny ubezpieczonych.

Ambulatorja powinny być ściśle połączone ze szpitalami. Chory nie może czekać na przyjęcie zbyt długo. Ciągłość lecznictwa wymaga, aby chory utrzymał w szpitalu łączność z lekarzem, ordynującym w ambulatorjum. Zależność ambulatorjów od szpitali jest niezbędna, choćby nawet obie te instytucje były położone w innych dzielnicach miasta. Praktyk winien pozostawać w łączności z lekarzem specjalistą. Obsługa kancelaryjna ambulatorjów jest konieczna dla prowadzenia kart chorób.

Wykład Dra Laytona wywował ożywioną debatę o charakterze społeczno - politycznym. Profesor Hoffmann z Berlina przedstawił równoległy rozwój szpitalnictwa i Kas Chorych w Niemczech w ciągu ostatniego pięćdziesięciolecia i wyraził nadzieję, że ubezpieczenia społeczne będą utrzymane pomimo kryzysu ekonomicznego. Prezes związku Kas niemieckich, Lahmann, przytoczył olbrzymie koszta świadczeń, jakie muszą pokrywać kasy i, na podstawie ostatnich zadowalających wyników stwierdził, że kasy niemieckie, ze względów oszczędnościowych, będą musiały budować własne szpitale. Profesor Liebmann z Rzymu przytoczył dane, dotyczące rozwoju Kas we Włoszech. Profesor Tandler z Wiednia przedstawił ujemne strony angielskich ubezpieczeń w porównaniu z ubezpieczeniami europejskiemi. Ubezpieczenia społeczne muszą współpracować z lekarzami, pomimo że lekarze jeszcze nie stoją na tym poziomie, aby stać się kierownikami ubezpieczeń społecznych. Naogół stanowisko świata lekarskiego wobec kas jest nieprzychylne. Niedaleki jest ten dzień, kiedy kasy się połączą i pobudują własne szpitale, a przy urządzaniu ich na wielką skalę, koszta będą mniejsze. Wtedy wydziały lekarskie nie będą ustosunkowywać się do kas negatywnie, dlatego, że będzie im grozić brak pacjentów. Instytucja ubezpieczeń społecznych służy nietylko ubezpieczonym, lecz ma ogromne znaczenie dla całej polityki ludnościowej, tak samo, jak poradnie dla matek i dzieci gminy miasta Wiednia stanowią część składową opieki społecznej i brak ich jest nie do pomyślenia. Lekarze muszą przystosować się do nowych warunków, gdyż administrują organicznym materjałem ludzkim i tak samo służą społeczeństwu, jak nauczyciele lub sędziowie. Łatwo może się zdarzyć, że profesorowie wydziału lekarskiego, jeżeli nie przystosują się do tych zmian, będą wykładać wobec pustych audytorjów. Również łatwo może się zdarzyć, że wszelkie statystyki okażą się nieścisłe, dlatego, że czas leczenia szpitalnego zależy nietylko od rodzaju choroby, lecz także od warunków społecznych i mieszkaniowych.

Dyskusja w sprawie ubezpieczeń społecznych wywołała wielkie zainteresowanie. Przemówienie Dra Tandlera, krytykujące dosyć stanowczo stan lekarski, rozbudziło wielkie niezadowolenie w sferach lekarskich Wiednia, wśród praktyków i profesorów.

V. Naczelna pielęgniarka szpitala Wilhelminy w Wiedniu, p. Zehenter, referowała, w zastępstwie nieobecnej z powodu choroby p. Reimann, sprawę liczby pielęgniarek w szpitalu w stosunku do liczby chorych. Komitet wykonawczy Zjazdów

polecił opracowanie tego przedmiotu podkomisji pielęgniarstwa, specjalnie powołanej. Jako punkt wyjścia, wzięto liczbę personelu pielęgniarskiego, zatrudnionego w ciągu 24 godzin przy 100 chorych.

Referat dzielił się na trzy części:

1) Przegląd prac napisanych w ciągu ostatniego pięciolecia na temat stosunku liczby pielęgniarek do liczby chorych. 2) Statystyka z ankiety, rozesłanej specjalnie do różnych krajów. 3) Przedstawienie wyników specjalnych prac okresowych, podjętych ostatnio w Austrji i w Stanach Zjednoczonych.

W pierwszej części zawarte są prace z Finlandji, Danji, Anglji, Niemiec, Holandji i Stanów Zjednoczonych, wykazujące wielkie różnice liczbowe w różnych krajach i zależność liczby pielęgniarek pracujących od: a) liczby godzin pracy dziennej, b) ogólnej liczby pracowników szpitala. W Japonji liczba pielęgniarek zwiększa się proporcjonalnie i równomiernie w miarę wzrostu liczby łóżek; w Stanach Zjednoczonych obserwujemy zmniejszenie się stosunku liczby pielęgniarek do liczby łóżek, w miarę wzrostu liczby łóżek w szpitalu. Ankieta rozesłana do 25 krajów dała 70% odpowiedzi pozytywnych, ujętych w czterech zestawieniach, dotyczących: a) stosunku liczby pielęgniarek do liczby chorych na oddziałach chirurgicznych, wewnętrznych, dziecięcych i położniczych; b) liczby godzin pracy dziennej; c) odpoczynku tygodniowego; d) urlopu wypoczynkowego. Tablice wykazują wielkie wahania. Ogółem stwierdzić należy, że na oddziałach chirurgicznych jest o 20% więcej personelu pielęgniarskiego, niż na wewnętrznych; na oddziałach chorób kobiecych jest o 10 do 20% więcej pielęgniarek, niż na męskich. Najwyższe liczby notujemy na oddziałach dziecięcych. Praca uczennic jest oceniana jako $^1/_2$, $^3/_4$, $^9/_{10}$ pracy pielęgniarek dyplomowanych.

Najważniejszym czynnikiem, wpływającym na liczbe personelu pielęgniarskiego jest długość dnia roboczego. Czas pracy obliczony jest netto, poza porą obiadową i wypoczynkową. Belgja z 8 i pół gdzinami pracy dziennej stoi najniżej. Szwecja z 11 i pół — najwyżej. Prawie połowa państw wykazuje $8^1/_4$ — 9 godzin. Praca nocna jest wszędzie dłuższa, przeważnie od 10 i pół do 12 godzin. W większości państw służba zorganizowana jest na dwie zmiany. Kraje o 8-mio godzinnym dniu pracy wprowadziły trzy zmiany. Urlopy wypoczynkowe trwają przeważnie od 4 do 5 tygodni. 8.6% dni w roku przypada na ferje. Dni choroby przypada rocznie od 9.3 do 10.2, to znaczy, że około 2.6 do 3.9% odpada wskutek choroby. Podkomisja dochodzi do wniosku, że określenie liczby pielęgniarek dla każdego szpitala wymaga specjalnych studjów na miejscu, w zależności od warunków, liczby pomieszczeń, rozkładu sal, rodzaju chorych i t. p. Ogólnie jednak stwierdzić należy, że w dobrze urządzonych nowoczesnych szpitalach krajów kulturalnych przypada na oddziałach wewnętrznych, chirurgicznych i położniczych jedna pielęgniarka na trzech lub więcej chorych, za wyjątkiem Holandji, gdzie jest więcej pielęgniarek. Porównanie tych danych z danemi z przed stu lub dwustu lat, lub nawet z liczbami Florence Nightingale — 16,6 pielęgniarek na 100 chorych (szpital św. Tomasza), wykazuje wielki postęp.

Sprawozdania z ankiet, prowadzonych w Austrji i Stanach Zjednoczonych dowodzą, że badania pracy pielęgniarek nietylko wskazują, jakiej liczby pielęgniarek potrzeba, lecz jednocześnie rozwiązują zagadnienie naj-

lepszych warunków organizacji pracy dla osiągnięcia jak największej wydajności, oraz dostarczają wniosków co do ulepszeń w budownictwie, pomocach technicznych i t. p.

Udział w dyskusji był liczny. Sala przedstawiała swoisty wygląd z powodu obecności wielkiej liczby pielęgniarek i sióstr zakonnych. Powstał pewien zgrzyt z powodu pojawienia się na mównicy p. Lewy z Berlina, przewodniczącego międzynarodowego związku męskiej niższej służby szpitalnej. Mówca wskazywał na konieczność szkolenia męskiej służby pielęgniarskiej, która powinna się rekrutować z niższej służby szpitalnej. Należy tej służbie dać możność rozwoju w kierunku pielęgnowania chorych. Pielęgniarze, pochodzący z kategorji pracowników lub ze sfer porobotniczych, będą posiadać najlepsze zrozumienie potrzeb chorych, pomiędzy którymi przeważają robotnicy. Przemówienie to było utrzymane w duchu klasowym i wysunięte przez zainteresowany związek zawodowy.

Profesor Tandler przypomniał, że jeszcze w roku 1915, jako dziekan wydziału lekarskiego w Wiedniu, opracował nowy projekt programu studjów lekarskich, w którym domagał się dla studentów całego semestru nauki pielęgniarstwa. Wypowiada się przeciw racjonalizacji pracy zbyt daleko posuniętej, gdyż osłabia to inicjatywę i zdolność decyzji u pielęgniarek. Dopóki ludzie nie będą się rodzić sposobem maszynowym, dopóty niepodobna będzie zmechanizować leczenia. Burza śmiechu była odpowiedzią na to oświadczenie.

VI. Dr Alter z Düsseldorfu poruszył w swoim referacie s p r a w ę s t a n o w i s k a p s y c h j a t r j i i n e u r o l o g j i w s z p i t a l u p o w s z e c h n y m. Szpital powszechny nie jest przypadkowym tworem, przeciwnie, jest instytucją zupełnie określona. Szpital powszechny powstał — z początku intuicyjnie, później świadomie — jako wyraz faktu, że wszystkie zachorowania, napływające do szpitala, nie ograniczają się do zaburzeń jednego organu, ale są skomplikowanemi zmianami sprawności całego organizmu. Szpital powszechny jest odbiciem tej niepodzielnej sztuki lekarskiej, jakiej wymaga niepodzielność chorego. (*Das allgemeine Krankenhaus ist die Manifestation jener Einheit der arztlicher Kunst, die die Einheit des Kranken verlangt*). Zamiast oddzielnej diagnozy — całkowity bilans zdrowia i na tym bilansie powinno być oparte ogólne leczenie chorego. Oto, czego sie domagamy od szpitala obecnego, a co będzie nakazem szpitali przyszłości. To zadanie da się rozwiązać, umożliwić i zrealizować tylko drogą współdziałania wszystkich działów medycyny. Czy z tego wielkiego kompleksu specjalności można wyłączyć dwie specjalności, obejmujące najważniejsze organy i najcenniejszą pracę organizmu, jaką stanowią neurologja i psychjatrja? Liczby chorych psychicznie i nerwowo rosną stale we wszystkich państwach. Jak wygląda dzisiejszy bilans zdrowia psychicznego i nerwowego? W roku 1927 w Niemczech, na każde 100 zgonów w szpitalach 24 spowodowane były organicznemi schorzeniami systemu nerwowego albo organicznemi schorzeniami psychicznemi. (Lewy, Berlin). W roku 1928, z ogólnej liczby zgonów w Niemczech przypada 9,32 na choroby systemu nerwowego. W kasie chorych miasta Berlina na każde 100 chorych, skierowanych w r. 1929 do szpitali, przypada na organiczne choroby systemu nerwowego 9 chorych. Od roku 1918 do roku 1924 liczba chorych nerwowych w szpitalach niemieckich, poza zakładami dla umysłowo chorych, wzrosła o 51%, a od 1924 do 1927 — jeszcze o 27%.

To samo dotyczy umysłowo chorych. Liczba umysłowo chorych leczonych w szpitalach wzrasta na całym świecie. Liczby absolutne zwiększyły się w ciągu ostatniego dziesięciolecia przeciętnie o więcej, niż 30%; w stosunku do ogółu ludności osiągnęły od 2.5% (Belgja) do 4.1% (Anglja i Szkocja). Na I-szym Zjeździe Szpitalnictwa Mannsholt słusznie powiedział, że stały wzrost liczby umysłowo chorych jest jednym z największych niebezpieczeństw, zagrażających ludzkości, a spodowanym rozwojem cywilizacji. Zdecydowana walka z tem niebezpieczeństwem należy do sfery wpływów neurologji i psychjatrji. Frenkel i White, Lepine, Rosenstock, Baumann, Cimbal i Repond żądają wprowadzenia neurologji i psychjatrji do szpitali powszechnych. Tędy prowadzi droga do podniesienia poziomu psychicznego i nerwowego zdrowia, do stworzenia odpowiedniego człowieka do odpowiedniej pracy na odpowiedniem miejscu.

Czy można obecnemu stanowi rzeczy przeciwdziałać? Jaka jest rola tutaj higjeny umysłowej i co na tem polu zdziałać można? Należy zastosować metody, mające na celu eugeniczne ulepszenie zarodka, mieć pieczę planową nad zdrowiem psychicznem młodzieży, działać na układ życia dorosłych, wyłączając szkodliwości psychiczne. Pomimo propagandy publicznej, szkolnej i zawodowej, wyniki osiągnięte są dotychczas skromne. Młodzież, wstępująca w związki małżeńskie stawia eugenikę na ostatniem miejscu. Praca bardzo dodatnia niektórych szkół niweczona jest przez niesprzyjające okoliczności atmosfery domowej. Wzrost alkoholizmu, narkomanji dowodzi, że dzisiejszy tryb życia dorosłych nie idzie w kierunku zdrowia psychicznego, lecz przeciw niemu. Zasadą, podobnie jak w innych działach higjeny jest tu działanie na masy. Tylko metody wychowawcze dają wyniki. Przymusowe środki działania, możliwe jeszcze w walce z epidemjami, dają tutaj wyniki ujemne. Dowodem tego jest ujemny psychiczny efekt prohibicji amerykańskiej. Dusza ludzka jest i pozostanie zagadnieniem zupełnie indywidualnem i dlatego też podniesienie jej wartości jest możliwe tylko przez nieskończoną i niezmordowaną pracę, przy daleko idącej, albo zupełnej indywidualizacji. Działać trzeba na całym froncie społecznym i każdego dnia, w rodzinie, w szkole, w zawodzie, w każdem środowisku. Zdanie Williama White'a: „choroba umysłowa jest zaburzeniem człowieka, jako stworzenia społecznego", jest słuszne. Tam, gdzie się przejawia działalność społeczna jest i pole walki. W ośrodkach cywilizacji, wielkich miastach, okręgach przemysłowych, ośrodkach ruchu — tam walczyć należy o zdrowie psychiczne i nerwowe. Skupienia ludzkie, ujarzmienie człowieka przez cywilizację, zagrażają zdrowiu psychicznemu. O to zdrowie niech walczy specjalista. Już sam fakt, że ta sfera działalności opanowana jest przez dyletantów lekarskich albo „kurfuszerów" przemawia za koniecznością umieszczenia psychjatrji i neurologji w szpitalu powszechnym. Niestety, lekarz psychjatra i jego pacjenci są zupełnie odosobnieni od świata, od medycyny, od potrzeb życia codziennego, od potrzeb społecznych. Takie okoliczności pracy powodują czterokrotnie mniejszy napływ lekarzy do pracy w dziedzinie psychjatrji, niż tego potrzeba. Szpital psychjatryczny nie może odmówić choremu bez zmian organicznych leczenia aktywnego i musi przeprowadzić badania psycho-analityczne, a w razie potrzeby, zastosować należytą psychoterapję (Juljusz Bauer). Foerster we Wrocławiu i Brouver w Amsterdamie rozszerzają działalność szpitalną drogą prowadzenia polikliniki, co pozwala na dużą oszczędność łóżek.

Kolebką neurochirurgji są oddziały szpitalne Foerstera, Brouvera i Cushing'a (25% wyleczeń). Konieczną jest rola neurologa w ambulatorjach, bo tu do wszystkich specjalności napływa kontyngent chorych, potrzebujących wpływu neurologa i psychjatry. Przechodząc do zagadnień lekarsko - społecznych, Dr Alter mówi, że praca w dziedzinie higjeny umysłowej będzie zawsze zadaniem i owocem, w miejscach najwięcej zagrożonych, specjalisty neurologa i psychjatry. Wydajność neurologji i psychjatrji w szpitalu powszechnym warunkuje, nieodzownie i bezwarunkowo, włączenie obu tych dziedzin pracy do całokształtu opieki społecznej nad zdrowiem. Psychjatrja i neurologja w szpitalu powszechnym to rozwiązanie zagadnienia zdobycia lekarzy, których brak w tych dziedzinach; to wzmocnienie ich wpływu na wychowanie lekarzy, na inne specjalności i na praktykę lekarską. Psychjatrja w szpitalu powszechnym to największy atut dla wyników leczenia: wczesne przyjęcie świeżych zachorowań wytwarza odpowiednią atmosferę leczenia (*Heilatmosphäre*), której nigdy w zakładach dla umysłowo chorych nie wytworzymy; to wyzyskanie dla celów leczenia wszystkich badań, zabiegów i metod, które daje szpital, — a do tego ma prawo psychicznie chory tak, jak każdy inny pacjent — to sposobność opieki po wypisaniu ze szpitala, której nie jest w stanie przeprowadzić zakład specjalny. Alter cytuje doświadczenia szpitali Brouvera w Amsterdamie, Foerstera we Wrocławiu, Heldt'a w Detroit, Wetla w Stutgardzie i daje wskazówki potrzebne przy urządzaniu tych oddziałów pod względem budowlanym, organizacyjnym i naukowym.

Zaprowadzenia oddziałów neurologicznych i psychjatrycznych w szpitalach powszechnych wymaga uczucie ludzkości. Bo łamie się tutaj niesłuszne i niesprawiedliwe odosobnienie takich chorych, łamie się piętno, jakie narzuca im dzisiaj pobyt w specjalnym zakładzie. Wyrównywa się ciężką społeczną krzywdę, gdyż chory umysłowo posiada te same prawa do leczenia w szpitalu, jak chory z przypadłościami skórnemi, wewnętrznemi lub chirurgicznemi. Twórca tej idei, Griesinger, pierwszy wypowiedział tę zasadę, twierdząc, że „wielkie myśli rodzą się w sercu".

Dr Alter rzuca wielkie myśli, spogląda daleko w przyszłość, otwiera nowe drogi, któremi kroczyć będzie opieka nad zdrowiem ludzkości. Był to może najciekawszy referat z całego Zjazdu.

Wywody mówcy potwierdzili w całej pełni znakomici znawcy sprawy. Dr Heldt, kierownik oddziału neurologicznego szpitala Henryka Forda w Detroit, uważa, że włączenie neurologji i psychjatrji do szpitali powszechnych jest jedyną gwarancją dostarczenia tym specjalnościom wszystkich metod pomocniczych, jakiemi rozporządzają inne oddziały. Docent Dr Roalta z Florencji skarży się na brak oddziałów psychjatrycznych w szpitalach ogólnych we Włoszech (neurologja już jest w szpitalach); stąd specjalne piętno, ciążące na chorych, leczonych w zakładach dla umysłowo chorych. Dr Alfred Macka, dyrektor Zakładu Wiedeńskiego w Steinhofie, stwierdza, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia liczba przyjęć zwiększyła się w dwójnasób. Widzi on wielką korzyść z oddziałów psychjatrycznych w szpitalach powszechnych, których zaprowadzenie nie powinno spowodować trudności w procedurze odosabniania przez urzędowego lekarza. Dr Albrecht z Wiednia żąda stworzenia oddziałów neurologiczno-psychjatrycznych w szpitalach powszechnych, cytując liczne przykłady z własnego

doświadczenia na stanowisku neurologa konsultanta w czterech wielkich szpitalach wiedeńskich. Dr Loper, psychjatra hiszpański i Dr Bela Hertz przyłączyli się do wniosków Dra Altera i tylko jeden Dr Gerritson z Hagi widział pewne trudności zrealizowania projektu w kosztach, jakie pociągnie za sobą konieczność stworzenia warsztatów pracy dla psychicznie chorych.

Referent, w końcowem przemówieniu, wyraził zdanie, że zdrowie duszy jest duszą zdrowia i że to zagadnienie interesuje każdego, bo nikt nie może dać gwarancji, że sam nie będzie klijentem, o co w dzisiejszych warunkach cywilizacji i życia jest bardzo łatwo. (C. d. n.).

Dr Czesław Wroczyński

Niepotrzebna książka

Książek, pisanych dla pielęgniarek, jest u nas jeszcze niewiele, a z pośród istniejących nie wszystkie odpowiadają swemu zadaniu. Prześliczna książeczka prof. Szenajcha o Florencji Nightingale [1]) jest wyjątkiem. Poświęcona polskim pielęgniarkom, znalazła w ich sercach głęboki oddźwięk i prawdziwą wdzięczność.

Inaczej, niestety, ma się sprawa z książką, którą pragnę omówić w niniejszych uwagach. Tytuł jej: „Etyka w zawodzie pielęgniarki“ [2]) budzi odrazu pewne wymagania. Trudno żądać zawsze zupełnej zgodności pojęć autora z pojęciami czytelnika, wzajemnego ich pokrywania się w najlżejszych odcieniach odczuwań etycznych. Jednak, jeśli książka daje wskazówki etyki z a w o d o w e j, to dawać je powinna tak, by pracownicy danego zawodu mogli czerpać z niej potwierdzenie własnych zasadniczych przekonań i pomoc w wyjaśnieniu trudnych do rozwikłania zagadnień. Książka taka powinna więc mieć zastosowanie praktyczne.

My, pielęgniarki, choć dalekie jesteśmy od doskonałości, to jednak wiemy, którędy droga do doskonałości prowadzi. Dlatego też wolno nam stawiać wymagania pisanym dla nas książkom o etyce.

Przypatrzmy się, czy książka Ks. Spaldinga może mieć dla nas zastosowanie praktyczne i, co za tem idzie, czy odpowiada naszym wymaganiom.

Ton książki jest niezmiernie amerykański. Liczne kwestje, w niej poruszane, nie są wogóle na naszym gruncie aktualne, jak np. eutanazja [3]), (wobec której autor zajmuje słuszne, negatywne stanowisko), czy też wykłady higjeny płciowej w szkołach. Zwłaszcza sposób ujęcia „przykładów z życia“, o których mowa będzie poniżej, bywa nieco amerykańsko naiwny.

I w pierwszych rozdziałach, a nawet i potem, w niektórych „przykładach“ nie brak zdrowych myśli. Rady, dotyczące stosunku do pacjentów

---

[1]) Władysław S z e n a j c h. Z życia wielkiej pielęgniarki. Florencja Nightingale. Bibljoteka Wydziału Opieki nad dziećmi i młodzieżą Min. Pracy i Opieki społecznej. Warszawa 1929.

[2]) X. H. S p a l d i n g, T. J. Etyka w zawodzie pielęgniarki. Przekład autoryzowany J. Szlagowskiej. Nakładem Księgarni św. Wojciecha w Poznaniu.

[3]) t. j. skracanie życia chorym nieuleczalnie, obłąkanym i przestępcom.

i ich rodzin, ciągłego kształcenia się po ukończeniu szkoły, nieustannej pracy nad sobą, nie wybredzania w wyborze posady, zwracanie uwagi na dyskrecję zawodową, poruszenie jednego z najtrudniejszych zagadnień: jak się zachować wobec zaniedbań lekarskich i t. d. — oto nieliczne d o d a t n i e strony książki. I tu jednak nie można powiedzieć, aby argumentacja Ks. Spaldinga była głęboka, aby w jego myślach panowała wnikliwość w dusze i sytuacje — rzecz to zresztą zrozumiała: o subtelnościach pielęgniarskiego zawodu może wiedzieć w całej rozciągłości — jedynie pielęgniarka. Nie mamy więc o to do Ks. Spaldinga żalu. Natomiast inne pretensje mamy, i to bardzo wielkie.

Autor stoi na stanowisku najostrzejszego potępienia wobec problemu przerywania i zapobiegania ciąży. Innem stanowisko jego, jako księdza katolickiego, być nie może, i sądzę, że dysputowanie nad meritum sprawy, z której straszliwą zmorą co krok spotykają się pielęgniarki, zwłaszcza społeczne, byłoby tutaj rzeczą zbędną. Przytoczę tylko jeden z przykładów, mianowicie XVII-ty, str. 137, p. t.: „Niedozwolona operacja".

„Pewną pielęgniarkę, jedyną, która w danym wypadku jest do dyspozycji, wzywają do pacjenki, która ma zamiar poddać się niedozwolonej operacji. Wobec tego, że chora nie może się obyć bez jej opieki, czy wolno pielęgniarce ofiarować jej swoje usługi?

U w a g i : Nawet, gdyby nie było nikogo innego, ktoby mógł chorej w danym wypadku służyć pomocą, pielęgniarka powinna odrzucić propozycję, a to dlatego, że nie istnieją okoliczności, któreby zezwalały na wykonanie zabiegów niedozwolonych. Jednakże, gdyby lekarz mimo to wykonał operację, a później on, czy też pacjentka przysłali po pielęgniarkę, wolno jej podjąć się dalszej pielęgnacji. Zrobiła bowiem wszystko, co było możliwe, aby przeszkodzić złemu, a obecnie wykonywując swój zawód, udziela jedynie pomocy temu, kto tego potrzebuje".

Czyż wyjście z sytuacji, jakie podsuwa autor, nie jest sprzeczne z pojęciem etyki zawodowej? Chyba daje on taką radę dlatego, że sam, nie będąc w tej mierze fachowym, nie wnika w sytuację: jeśli pielęgniarka jest jedyną osobą, która lekarzowi może pomóc przy operacji, to w takim razie, odmawiając pomocy, naraża pacjentkę na niebezpieczeństwo: to chyba jasne, — nie mówiąc już o tem, że wogóle pielęgniarka nie ma prawa odmawiać asysty przy jakimkolwiek zabiegu i że w naszych szkołach tak instruktorki, jak i uczennice, asystują przy wszystkich zabiegach, nawet „niedozwolonych", przez co wywody Ks. Spaldinga (str. 39—40) nie mają i nie mogą mieć u nas praktycznego znaczenia.

O wspomnianej niefachowości autora, świadczą takie szczegóły, jak nazywanie wymiotów ciążowych eklampsją lub ujęcie psychologji gruźlików jako pesymistów, „pozbawionych promyka nadziei", rozmyślających „o ciemnościach grobu". Mniejsza o to.

Brak delikatności w odczuwaniach autora widzę — między innemi — w zdaniu: „Nigdy nie powinno się dawać podniety do litowania się nad sobą lub choćby tolerować stan podobny". Tendencja urabiania ludzi jest tu widoczna. Autor zapomina, że pielęgniarka musi brać chorego takim, jakim każdy z osobna jest, jeśli nie ma wpaść w szablon, nastawiony na fałszywą nutę religijną. Skoro chory rozpacza, to pielęgniarka musi umieć „tolerować stan podobny"; jak jednego zabiegu nie stosuje na wszystkie schorzenia, tak jednego sposobu postępowania nie może stosować wobec wszystkich chorych.

Jeśli w pierwszych rozdziałach książki znajdujemy dużo rzeczy rażących, to owe „przykłady z życa“ napełniają człowieka zdumieniem, poco tego rodzaju książkę przetłumaczono i wydano?

Oto choćby przykład XI na stronie 112, o dyrektorce szkoły pielęgniarstwa, złodziejce i szantażystce: podziwiać tu chyba należy bujność fantazji autora, trudno bowiem wierzyć, sądząc według poziomu etycznego naszych dyrektorek, by podobne sprawki zdarzać się mogły w którejkolwiek szkole pielęgniarstwa na świecie...

Wręcz niesłychany jest przykład III., na str. 104 p. t.: „Nadużycie zaufania rodziców“.

„Jedna z uczennic szkoły zapragnęła sprawić sobie nową suknię. Ponieważ przypuszcza, że na ten cel nie otrzyma od rodziców pieniędzy, prosi ich o gotówkę na kupno książek i narzędzi lekarskich, potrzebnych rzekomo w przyszłej działalności zawodowej. Rodzice, nie domyślając się podstępu, przesyłają jej 100 złotych. Co należy sądzić o podobnem postępowaniu?

Uwagi: Nadużywanie zaufania rodziców jest bezwątpienia złym postępkiem. Jeżeli była w stanie w podobny sposób ich okłamać, to czyż możemy się spodziewać, że w przyszłości w stosunkach z ludźmi okaże większą prawość charakteru?

Należy więc napiętnować tego rodzaju czyny. Nasuwa się jednakże pytanie, czy istnieje konieczność zwrotu 100 złotych, nabytych w nieuczciwy sposób? Czy uczennica ma obowiązek w przyszłości, gdy będzie posiadała pieniądze, oddać je rodzicom? Wczuwając się w ich sposób myślenia, przychodzimy do przekonania, że z pewnością martwiliby się bardzo z powodu postępowania córki, lecz prawdopodobnie nie wymagaliby restytucji z jej strony.

Dochodzimy zatem do wniosku, że pielęgniarka nie ma obowiązku zwrotu pieniędzy, nawet gdyby jej to nie sprawiało trudności“.

Wniosek, oparty niewiadomo zresztą dlaczego na „wczuwaniu się w sposób myślenia“ rodziców, zezwalający na okradanie ich przez córkę, jest tak rozbrajający, że wszelka dyskusja byłaby tutaj zbyteczna.

Przykład XX z cyklu: „Z czasu pobytu w szkole“, „Pacjenci innej rasy“ (strona 120):

„Pewną murzynkę przysyłają do szpitala, gdzie ma się poddać operacji. Zarządzający przeznacza dla niej osobny pokój i specjalną opiekunkę. Jednakże trzy zrzędu pielęgniarki odmawiają zajęcia się chorą z powodu uprzedzeń rasowych. Czy miały prawo tak postąpić?

Uwagi: Nie miały prawa. Po otrzymaniu dyplomu, pielęgniarka może wybierać sobie rodzaj pracy, uczennice natomiast obowiązane są stosować się do zarządzeń przełożonych“.

Czyli, że pielęgniarce dyplomowanej wolno odmówić zajęcia się chorym z powodu uprzedzeń rasowych? Dziwne, zaiste, prerogatywy dyplomu!

Nie będę mnożyła „przykładów“. Przytoczone wystarczą.

Powiada autor: „Gdyby to było możliwe, przewidziałbym wszelkie trudności, które napotkacie w waszej działalności zawodowej, i zapomocą przykładów starałbym się określić i wyjaśnić wszechstronnie wasze przyszłe obowiązki“. Jesteśmy autorowi głęboko wdzięczne, że ta możliwość nie została mu dana.

Nie, taka książka jest nam niepotrzebna. Więcej jeszcze — jest szkodliwa i jako szkodliwa, powinna być usunięta z bibljotek naszych szkół pielęgniarstwa, jeśli się tam przypadkiem zabłąkała.

Hanna Chrzanowska

Przegląd pism

Pisma krajowe

GRUŹLICA, Nr. 4, 1931

Sanatorja i pseudosanatorja, Dr Marceli Staroniewicz.

Istotne lecznictwo sanatoryjne rozpoczyna się w Europie z powstaniem sanatorjum w Görbersdorf w klimacie podgórskim. Pierwszy etap rozwoju sanatorjów znamionuje leczenie wczesnych szczytowych form gruźlicy, skąd płynęło przepełnianie sanatorjów, zwłaszcza niemieckich, pseudo-chorymi, a nieprzyjmowanie chorych z lasecznikami Kocha w plwocinie. Okres tego rodzaju ruchu sanatoryjnego przypada na koniec XIX-go i początek XX-go wieku. Dopiero wojna wprowadza nowy prąd. Szereg uczonych wykazuje, że conajmniej 50 procent leczonych składał się z osób albo nie mających gruźlicy, albo nie mający tej jej formy, którąby była wskazaniem do leczenia sanatoryjnego. W tamtym okresie budowano luksusowe budynki sanatoryjne na wzór hotelowy, o skąpych urządzeniach leczniczych. Rozwój fizjologji oraz rozkwit ubezpieczeń społecznych pociągnął za sobą zmianę typu sanatorjów oraz typu chorych. W Anglji powstała teza, że tylko leczenie w klimacie, w którym chory stale przebywał, pozwala na osiągnięcie trwałych rezultatów leczenia. W myśl tej tezy w krajach Europy zachodniej, a i w Polsce powstają sanatorja nizinne. Typ budynków bywa różny: w Anglji są one duże, lecz skromne, we Francji powstają sanatorja przeważnie w budynkach adaptowanych; podobnie w Polsce; Niemcy, obok adaptacji tworzą wielkie, bogato wyposażone gmachy. Wysokie koszta budowy wypływają albo z braku racjonalnego opracowania planów lub źle wybranego terenu, albo z przerostu urządzeń rozpoznawczych i leczniczych przy zachowaniu tylko koniecznego, z punktu widzenia higjeny, komfortu mieszkaniowego. Zresztą normalne warunki mieszkaniowe gruźlika tak dalece odbiegają od warunków sanatoryjnych, że przesadą jest dążenie do ostatniego wyrazu hygjeny na co mogą sobie pozwolić jedynie bardzo zamożne społeczeństwa.

Budowa musi być skromna, lecz trwała. Warunkami terenowemi są 1) przepuszczalny grunt, 2) dostateczna ochrona od wiatrów wilgotnych, lub przynoszących kurz i dym, 3) należyta czystość powietrza — o czem powinien rozstrzygać geograf-meteorolog. Typ chorego w sanatorjum zbliża się coraz bardziej do typu szpitalnego. Przyjmowani do sanatorjów powinni być chorzy z miąższowemi zmianami czynnemi, o ile przewidziana jest poprawa; przytem dziś zarzuca się smutny i przykry sposób tworzenia oddzielnych szpitali dla chorych beznadziejnie, a oddaje się im w każdem sanatorjum pewną liczbę miejsc. Wczesne przypadki gruźlicy miąższowej powinny być kierowane do sanatorjów, celem leczenia uciskowego, przytem ambulatoryjne ich leczenie jest wielce ryzykowne. Różnica między szpitalem a sanatorjum zaciera się coraz bardziej, sanatorjum staje się szpitalem-sanatorjum. Szpital powinien zawierać jedynie łóżka obserwacyjne w ilości niewielkiej, przy centralnych poradniach, a obecną, leczniczą rolę szpitali powinny przejąć sanatorja, budowane niedaleko wielkich miast.

Potrzeba w każdem sanatorjum kosztownych działów diagnostycznych, chirurgicznych oraz aparatu leczniczego, pociąga za sobą konieczność budowy sanatorjów o znacznej ilości łóżek, inaczej sanatorjum nie może wytrzymać kalkulacji. — Typ sanatorjów jest podwójny: jednolite bloki lub poszczególne pawilony. I przy blokowym systemie chorzy powinni być podzieleni na oddziały wcale się ze sobą nie komunikujące, w zależności od okresu choroby; chodzi o ustrzeżenie chorego od ponownych zakażeń, czemu się stanowczo przypisuje za mało wagi. Chorzy powinni być więc umieszczani najwyżej w pokojach na 2 osoby, lepsze jeszcze są pokoje pojedyncze. — Na okres letni liczbę miejsc sanatoryjnych powiększać można przez budowę szałasów. W ten sposób w roku bieżącym uruchomiono w Ludwikowie pod Poznaniem 10 dwułóżkowych szałasów, zbudowanych solidnie, z wytrzymałością 25 letnią, (wymiar 3 m × 3,5 m × 3,5) a będących idealnem miejscem zamieszkania dla gruźlika. — Rozwój sanatorjów nizinnych pociągnął za sobą zbyt pochopne obniżanie znaczenia sanatorjów górskich, których klimat daje często rezultaty tam, gdzie leczenie nizinne nie pomogło. Powinny one jednak mieścić tylko nieznaczny odsetek chorych, główny ciężar leczenia powinien być przerzucony na sanatorja nizinne. Szerokie warstwy społeczne przeceniają wartość leczenia w górach, nie zdając sobie sprawy z wartości t r y b u ż y c i a chorych, z tego, że sam klimat nie wystarcza. Instytucje ubezpieczeniowe posyłają nieraz w góry swych chorych, lecz — do pensjonatów, gdzie chory, nie stosując się do żadnych przepisów, prowadzi tryb życia nieraz pogarszający stan jego zdrowia. Niewystarczające są również

pensjonaty z t. zw. opieką lekarską: gdzie lekarz nie spełnia roli lekarza sanatoryjnego, wchodzącego w tryb życia pancjenta i pozbawiony jest pomocniczego personalu, a jeśli nawet jest i pielęgniarka, to i tak osiąga się wątpliwy skutek. Są to pseudo-sanatorja, których istnienie obecnie jest niedopuszczalne, a powinno być zastąpione przez sanatorja.

Pisma zagraniczne

„**RODZINA PIELĘGNIARKI“ W BRUKSELI**, Melle H. Waterloos, sekretarka Stowarzyszenia Pielęgniarek Belgijskich. — Klub pielęgniarek zwany „rodziną pielęgniarki“ powstał w 1918 roku w Hawrze, zrazu dla pielęgniarek wojennych, a po zawieszeniu broni — dla wszystkich. Po przeniesieniu się do Brukseli, klub rozporządzał lokalem, mogącym pomieścić 22 pielęgniarki, stale w nim mieszkające. W 1923 roku powstaje kooperatywa pod nazwą *Home des Infirmières,* która przyjęta została do Narodowego Związku budowy tanich domów i mieszkań. W ten sposób kooperatywa mogła nabyć teren i wybudować gmach, zadłużając się na przeszło miljon franków belgijskich z obowiązkiem spłacania go w ciągu 66 lat. — Nowy budynek czteropiętrowy, jasny, pogodny, może pomieścić 70 pielęgniarek. Każda z nich posiada pokoik z bieżącą zimną i gorącą wodą, z elektrycznością, biurkiem, tapczanem i szafą. Cena pokoju zależy od piętra: 5 fr. 50 ct. na I. piętrze, 5 fr. na drugiem, 4 fr. 50 ct. na trzeciem, 4 fr. na czwartem; prócz tego mieszkanki opłacają 20 fr. miesięcznie za opał i światło. Pielęgniarki same ścielą sobie łóżka i czyszczą umywalnie. Gruntowne porządki robione są raz na tydzień; na jedną służącą wypada 18 pokoi. Na każdem piętrze znajdują się tusze (bezpłatne) i łazienki (kąpiel — 2 fr.) Na pierwszem piętrze mieści się salonik, na trzeciem — szwalnia, w suterenach pralnia i prasowalnia dla pielęgniarek. — W jadalni, urządzonej bardzo nowocześnie, stoją stoliki dla 2—4 osób. Cena obiadu lub kolacji — 5fr. 50 ct., śniadania lub podwieczorku — 2 fr. 50 ct. — Bibljoteka zawiera wybór dzieł beletrystycznych i naukowych z różnych dziedzin. — Od czasu do czasu organizowane bywają wykłady i imprezy artystyczne.— Pielęgniarki, przed przyjęciem do Klubu, składają podania, a o przyjęciu decyduje specjalny komitet. Członkowie płacą 14 fr. rocznej składki (dla zagranicy 24 fr.). W Klubie funkcjonuje biuro pośrednictwa pracy, zwłaszcza w pielęgniarstwie domowem. Obecnie powstał projekt podwojenia liczby miejsc przez budowę nowego domu, realizacja tego projektu wkrótce ma nastąpić. **H. C.**



Walny Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych odłożony do listopada.

Program Zjazdu — w następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej“.

Kronika pielęgniarska

SRPAWOZDANIE
ZE ZJAZDU ZARZĄDU MIĘDZYNARODOWEJ RADY PIELĘGNIAREK W GENEWIE

Zjazd Zarządu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek odbył się w dniach 29-go, 30 czerwca i 1 lipca b. r. w Genewie; obecnych było członkiń 13; przewodniczyła M-lle Chaptal, prezeska M. R. P. Zjazd uczcił pamięć Miss Lillian Clayton, b. prezeski Narodowego Stowarzyszenia Stanów Zjednoczonych Ameryki, członka Zarządu, zasłużonej pielęgniarki, zmarłej na wiosnę b. r. — M. R. P. liczy obecnie 23 narodowości z liczbą członków 1. stycznia 1931 r.: 160.000. Komisyj stale zatrudnionych jest 14. Zarząd utrzymywał ożywioną korespondencję ze Stowarzyszeniami Narodowemi, brał udział w pracach Komisyj pokrewnych Stowarzyszeń Międzynarodowych. Sekretarjat Zarządu dopełnił i skatalogował bibljotekę dzieł pielęgniarskich, mieszczącą się w głównej siedzibie M. R. P. w Genewie, a posiadającej 800 książek, 160 czasopism i bogaty dział ulotek w 30 językach.

W związku ze sprawozdaniem kasowem, które wykazało, że Stowarzyszenia, będące członkami płacą regularnie wkładki członkowskie, wyłoniła się sprawa Narodow. Stowarzyszenia Niemiec, które zalega w opłatach na sumę 235 funtów ang. Na kongresie w Montrealu w 1929 r. uchwalono, ażeby zwrócić się do Stow. Narod. Niemieckiego o wyjaśnienie przyczyn tego zadłużenia, oraz powołać się na Statut M. R. P., w myśl którego członkowie, nie uiszczający, wkładek, są wykluczani. Zarząd Stow. Niemieckiego tłumaczy się katastrofalnym stanem swych finansów, wywołanym zmniejszeniem się liczby członków i nieregulowaniem przez istniejących składki obowiązującej (26 marek rocznie), a to wskutek wysokiego opodatkowania pielęgniarek. Zarząd M. R. P. po długiej dyskusji uchwalił ponowne zażądanie od Stow. Niemieckiego choć częściowego zwrotu długu przed kongresem w 1933 r., na którym ta sprawa zostanie definitywnie załatwiona.

Ze spraw bieżących poruszoną była sprawa międzynarodowej wymiany pielęgniarek. Wymiana pielęgniarek dyplomowanych jest obecnie zorganizowana w krajach skandynawskich i daje doskonałe wyniki. Pielęgniarki zapoznają się z warunkami pracy sąsiednich krajów, przyswajają sobie niejednokrotnie lepsze metody pielęgniarstwa, uczą się języków. Zarząd postanowił porozumieć się w tej sprawie ze wszystkiemi stowarzyszeniami. — Program Zjazdu M. R. P., który odbędzie się w 1933 r- w Paryżu i Brukseli został zatwierdzony, jak następuje:

Dnia 9-go lipca rano: otwarcie Kongresu w Paryżu; popołudniu zebranie (referaty, wieczorem bankiet powitalny.

Dnia 10-go lipca rano: zebranie (referaty i dyskusja); popołudniu *garden-party* w Wersalu.

Dnia 11-go lipca rano: zebranie (referaty); popołudniu: zebranie towarzyskie; wieczorem: posiedzenie, przyjęcie nowych członków.

Dnia 12-go lipca: Przejazd do Brukseli, wieczorem: bankiet powitalny w Brukseli.

Dnia 13-go lipca rano: zebranie (referaty); wieczór: Generalne posiedzenie.

Dnia 14-go lipca rano: zebranie (referaty), popołudniu: zamknięcie Zjazdu; wieczorem: bankiet pożegnalny.

Zarząd ustalił jako wpisowe dla członków 50 franków oraz dodatkowo 25 fr. francuskich za sprawozdania.

W sprawie referatów postanowiono zwrócić się do zarządów stowarzyszeń narodowych. Zarząd M. R. P. proponuje następujące tematy:

1. „Etyka zawodowa z punktu widzenia prawnego“.
2. „Pielęgniarstwo społeczne. a opieka społeczna“.
3. „Inspektorstwo szkół pielęgniarstwa przez pielęgniarki“.

Jak na poprzednich kongresach, będą i na ten wprowadzone demonstracje zabiegów pielęgniarskich, natomiast wypowiedziano się przeciw zebraniom dyskusyjnym, które, wobec licznego audytorjum, nie osiągają swego celu.

Na następnych zebraniach M. R. P. odczytywano sprawozdania komisyj stałych, przyczem powzięto rezolucje:

1) M. R. P. zatwierdza etat asystentki redaktorki Międzynarodowego Przeglądu Pielęgniarskiego z pensją 400 franków szwajcarskich rocznie, wobec przeciążenia pracą Miss Reimann, redaktorki i sekretarki M. R. P. zarazem.

2) M. R. P. będzie starała się w dalszym ciągu o zatwierdzenie etatu pielęgniarki dyplomowanej w sekretarjacie Wydziału Zdrowia Ligi Narodów. Zarząd M. R. P. otrzymał bezimienny depozyt pieniężny na ten cel i ze względu na wagę tego stanowiska, dar przyjął; kandydatką na to stanowisko jest znana P. S. P. Z. Miss Hazel Goff.

3) M. R. P. postanawia, by do komisji, pracującej nad uczczeniem pamięci Florencji Nightingale, weszły prezeski wszystkich Stowarzyszeń. Dotychczasowe prace tej Komisji nie zostały uwieńczone pomyślnym rezultatem; dom Fl. Nightingale w Londynie nie może być zakupiony, gdyż jest w ruinie. Projektowane są stypendja imienia Fl. Nightingale.

4) M. R. P. postanawia wycofać swoją delegatkę z *Joint Standing Comitee International Woman Organisation* (Międzynarodowe Stowarzyszenie Kobiet) ze względu na polityczny charakter tej organizacji.

POSADY OBJĘTE i ZMIENIONE

ABSOLWENTKI WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA.

Wanda Arcinowska 1. VI. Sanatorjum nauczycielskie w Zakopanem.
Modesta Bielecka 1. IX. I-szy Ośrodek Zdrowia w Warszawie.
Helena Czesnokówna 1. X. Klinika Uniw. prof. Halbana we Lwowie.
Sabina Dobrzyńska 1. VII. Żłobek Monopolu Tytoniowego w Warszawie.
Leokadja Gochówna 1. VII. Szpital im. Karola i Marji w Warszawie.
Janina Grochowska 1. VIII. Sanatorjum Kasy Chorych w Iwoniczu.
Michalina Karczewska 1. VII. Sanatorjum Kasy Chorych w Iwoniczu.
Stefanja Michalska 1. VI. IV-ty Ośrodek Zdrowia w Warszawie.
Marja Mierzejewska 1. V. IX-ty Ośrodek Zdrowia w Warszawie.
Adela Piekutowska 1. X. Klinika Uniw. prof. Halbana we Lwowie.
Joanna Pyciówna 15. IX. Praktyka w higjenie szkolnej Uniw. Szkoły Pielęgniarek w Krakowie.
Natalja Ruszczycka 20. IX. Żłobek Monopolu Tytoniowego w Łodzi.
Stanisława Skawińska 15. VII. młodsza instruktorka w Warsz. Szk. Pielęgniarstwa
Helena Smosarska 1. IX. Ośrodek Zdrowia w Żabiem.
Jadwiga Wekkówna 1. VII. Sanatorjum Przeciwgruźlicze w Małorycie.
Anna Żelechowska 15. V. młodsza instruktorka w Warsz. Szkole Pielęgniarstwa.

Zofja Figlarowiczowa I. IX. opuściła I. Ośrodek Zdrowia w Warszawie.

Anna Iżycka 1. IX. z Ośrodka Zdrowia w Stanisławowie do I. Ośrodka Zdrowia w Warszawie.

Zofja Ryllmanówna z Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych do Województwa Tarnopolskiego jako instruktorka pielęgniarska.

Katarzyna Stopczańska 1. IX. z I-go Ośrodka Zdrowia w Warszawie, jako starsza pielęgniarka do VII-go.

Bronisława Tomczukówna 1. IX. ze Szpitala św. Łazarza w Warszawie do San. w Hołosku, Lwów.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem R. Ferka.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

ZMIANY POSAD W MAJU CZERWCU i LIPCU 1931 ROKU:

S. Burjanówna Marja ze Szpitala Wojskowego Wilno do Szpitala Wojskowego w Warszawie (ul. Zakroczymska).
S. Mierzejewska Jadwiga ze Szpitala Wojskowego Grodno do Szp. Wojsk. Brześć.
S. Kościńska Julja ze Szpit. Wojsk. Baranowicze do Szp. Wojsk. Grodno.
S. Kowalska Janina ze Szpit. Wojsk. Brześć do G. Izby Chorych Baranowicze.
S. Kunicka Zofja ze Szpit. Wojsk. Chełm do G. Izby Chorych, Zakopane.
S. Bizowska Józefa ze Szp. Wojsk. Warszawa do Przychodni PCK. Warszawa.
S. Bogdanówna Eugenja ze Szp. Wojsk. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Brześć.
S. Troicka Halina ze Szp. Piel. PCK. do Szpit. Wojsk. Warszawa, Ujazdowski Szp.
S. Piotrowiczówna Wincenta ze Szp. PCK., Warszawa do Sanat. PCK. Zakopane.
S. Bąkówna Jadwiga z rezerwy w Warszawie do Szp. Wojskowego Brześć.
S. Semerau Augusta z rezerwy w Warszawie do Szpit. Wojskowego w Toruniu.
S. Czerwiakowska Zofja ze Szpit. Wojsk. Warszawa do Szpit. Wojsk. Kraków.
S. Nowakówna Katarzyna ze Szpit. Wojsk Przemyśl do Szpit. Wojsk. Warszawa
S. Krawczyńska Janina ze Szp. Wojsk. Warszawa do Izb. Garn. Płock.
S. Maliszewska Jadwiga z Sanat. Wojsk. Zakopane do Szp. Wojsk. Chełm.
S. Kopydłowska Franciszka z Sanat. PCK. Zakopane do Sant. Wojsk. Zakopane
S. Pawłowska Aniela ze Szp. Wojsk. Brześć do Szp. Wojsk. Modlin
S. Kwiatkowska Marja ze Szp. Wojsk. Brześć do Szpit. Wojsk. Chełm.
S. Markowska Marja ze Szpit. Garn. Izb. Stanisławów do Szpit. Wojsk. Przemyśl.

PRZYJĘTE DO POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA
i udzielono posad:

P. Nowakówna Regina Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań — Szp. Wojsk. Lwów
P. Nowosielska Marja Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa — Szp. PCK Warszawa
P. Wielowieyska Anna Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa — Szp. PCK. Warszawa
P. Szopińska Teodozja Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa — Szpital PCK. Warszawa
P. Bandurska Halina Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa — Szp. PCK. Warszawa
P. Simlówna Genowefa Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa — Szp. Wojsk. Warszawa
P. Łuszczewska Zofja Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa — Szp. Wojsk. Warszawa
P. Błażewiczówna Marja Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa — Szk. PCK.
P. Seferyniakówna Marja Abs. Warsz. Szk. Piel. — Szpital Wojskowy Wilno
P. Śliwińska Stefanja Abs. 3-letniej Szk. Piel. Ros. — Szpital Wojskowy Grodno.